

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE
& DE PHARMACIE DE LYON

Année 1964 - N° 127

L'EXTENSION GÉNITALE
DU CANCER DU RECTUM
CHEZ LA FEMME

TRAITEMENT CHIRURGICAL

*Travail de la Clinique Chirurgicale C de la Faculté
de Médecine de LYON — Professeur P. Bertrand.*

THÈSE

Présentée

A LA FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
et soutenue publiquement le 26 Juin 1964
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

Jean-Claude WAGUET

né le 20 Juillet 1939 à MOULINS (Allier)

Ancien Élève de l'École du Service de Santé Militaire

GRENIER & FILS

Imprimeurs

TASSIN (Rhône)

- 1964 -

**L'EXTENSION GÉNITALE
DU CANCER DU RECTUM
CHEZ LA FEMME
TRAITEMENT CHIRURGICAL**

*Travail de la Clinique Chirurgicale C de la Faculté
de Médecine de LYON — Professeur P. Bertrand.*

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyens honoraires : M. J. LEPINE, membre de l'Institut ; M. H. HERMANN, Correspondant de l'Institut

Doyen : M. J.-F. CIER.

Assesseurs : MM. M. LEVRAT, L. REVOL.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. COLLET, GUIART, PATEL, LEPINE, TRILLAT, MOURIQUAND, MAZEL, GARIN, GATE, MARTIN, GABRIELLE, SANTY, DUCLOS, GUILLEMINET, HERMANN, ROCHET.

PROFESSEURS

Clinique urologique	MM. CIBERT
Physique biologique	PONTHUS
	(détaché à Beyrouth)
Clinique neuro-psychiatrique et d'hygiène mentale	DECHAUME
Chimie organique et toxicologie	CHAMBON
Clinique chirurgicale B	WERTHEIMER
Clinique médicale B	PAUPERT-RAVAULT
Clinique et prophylaxie cardio-vasculaires	FROMENT
Clinique médicale C	CROIZAT
Chimie biologique et médicale	ENSELME
Clinique chirurgicale A	MALLET-GUY
Pharmacie galénique	REVOL
Clinique gynécologique	POLLOSSON
Clinique obstétricale	PIGEAUD
Médecine du travail	BOURRET
Clinique médicale A	LEVRAT
Hygiène et action sanitaire et sociale	SOHIER
Botanique et cryptogamie	NETIEN
Clinique chirurgicale C	BERTRAND
Chimie analytique pharmaceutique	BADINAND
Pharmacie chimique et pharmacologie	DREVON
Médecine légale et déontologie	ROCHE
Parasitologie et pathologie exotique	COUDRET
Clinique d'oto-rhino-laryngologie et d'audio-phonologie	MOUNIER-KUHN
Clinique ophtalmologique	PAUFIQUE
Clinique de dermatologie, syphiligraphie et allergologie	THIERS
Clinique de pneumo-phthisiologie	BRUN
Clinique traumatologique des membres	CREYSSEL
Clinique carcinologique	DARGENT
Anatomie pathologique	GUICHARD
Pathologie générale et expérimentale	GIRARD Paul
Anatomie	LATARIET
Pathologie chirurgicale	PEYCELON
Thérapeutique	GIRARD Marcel
Pathologie médicale	VACHON
Physio-pathologie des voies respiratoires	GALY
Radiologie	PAPILLON
Clinique des maladies infectieuses	JEUNE
Hydrologie thérapeutique, climatologie et écologie sociale	GONIN
Bactériologie	MONNET
Physiologie et pathologie obstétricales	BANSILLON
Physiologie B	CHATONNET
Clinique endocrinologique	GUINET
Clinique de chirurgie orthopédique	TRILLAT
Clinique stomatologique	FREIDEL
Clinique de chirurgie et d'orthopédie infantiles	MARION Joseph
Matière médicale et législation pharmaceutique	DORCHE
Histologie et embryologie	DUMONT Louis
Chimie	PERROT
Physiologie A	CIER J.-F.
Thérapeutique chirurgicale et chirurgie opératoire	PERRIN J.
Clinique de chirurgie cardiaque	MICHAUD Pierre
Clinique médicale infantile et hygiène du premier âge	X...
Biologie médicale et pharmacodynamie	X...

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Physique nucléaire appliquée à la médecine	MM. BERGER
Bactériologie	BERTOYE
Neuro-chirurgie	MANSUY
Chimie pharmaceutique	COLLET
Clinique de pédiatrie	SARROUY
Climatologie	LACROIX
Clinique chirurgicale propédeutique	LIARAS
Neuro-chirurgie	LECUIRE
Médecine générale	REVOL
Thérapeutique chirurgicale	GOINARD
Pharmacie chimique et pharmacologie	CIER André

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE
& DE PHARMACIE DE LYON

Année 1964 - N° 127

L'EXTENSION GÉNITALE
DU CANCER DU RECTUM
CHEZ LA FEMME

TRAITEMENT CHIRURGICAL

*Travail de la Clinique Chirurgicale C de la Faculté
de Médecine de LYON — Professeur P. Bertrand.*

THÈSE

Présentée

A LA FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
et soutenue publiquement le 26 Juin 1964
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

Jean-Claude WAGUET

né le 20 Juillet 1939 à MOULINS (Allier)
Ancien Élève de l'École du Service de Santé Militaire

GRENIER & FILS

Imprimeurs

TASSIN (Rhône)

- 1964 -

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Parasitologie	MM. ROMAN
Anatomie pathologique	FEROLDI
Physique biologique	MORET

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES TITULAIRES

Chimie biologique	MM. CREYSSEL Roger
Hygiène	THIVOLET
Parasitologie	GARIN
Electro-radiologie	PINET
Botanique et cryptogamie	ODDOUX
Chimie analytique	de SOLLIERS
Médecine du travail	TOLOT
Médecine générale	DESPIERRES
Neuro-psychiatrie	GUYOTAT
Chirurgie générale	DESCOTES
Pathologie expérimentale	JOUVET
Physique biologique	PEYRIN
Anatomie pathologique	TOMMASI
Electro-radiologie	BUFFARD
Médecine générale et thérapeutique	LEJEUNE
Stomatologie	de MOURGUES F.
Maladies infectieuses	NAUSSAC
Chirurgie générale	REBOUILLAT
Pédiatrie	ROMAGNY
Médecine générale	DELAHAYE J.P.
Anesthésiologie	DELEUSE
Electro-radiologie, diagnostic et thérapeutique	GIRAUD
Anesthésiologie	MICHEL
Pédiatrie et puériculture	FRANCOIS
Chirurgie générale	MICHOULIER
Dermatologie	COLOMB
Médecine générale	LAMBERT
Médecine générale	FRIES
Pédiatrie	GILLY

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES STAGIAIRES

Anatomie	MM. DUROUX
Thérapeutique	BRETTE
Anatomie	BOUCHET
Hématologie	FAVRE-GILLY
Histologie et embryologie	GIROD
Chimie biologique	GRAS
Chimie analytique	MALLEIN
Hygiène	RIFFAT
Biologie médicale et pharmacodynamie	FAUCON
Physiologie	FLANDROIS
Bactériologie	VIALIER-RAYNARD

AGREGES EN EXERCICE

Obstétrique	M.M. BURTHIAULT	Neuro-psychiatrie	MM. SCHOTT
Oto-rhino-laryngologie ..	GIGNOUX	Neuro-chirurgie	ALLEGRE
Chirurgie générale	GUILLEMIN	Electro-radiologie	CHASSARD
Chirurgie générale	JAUBERT	Orthopédie	FAYSSE
	DE BEAUJEU	Oto-rhino-laryngologie ..	GAILLARD
Chirurgie générale	MARION Pierre	Médecine générale	GARDE
Médecine générale	PLAUCHU	Ophtalmologie	HUGONNIER
Médecine générale	PONT	Pneumo-phtisiologie	KALB
Médecine générale	SAUTOT	Médecine générale	LARBRE
Chirurgie générale	TRÆGER	Chirurgie générale	MARET
Médecine générale	VIGNON	Médecine générale	MORNEX
Ophtalmologie	BONAMOUR	Médecine générale	NORMAND
Médecine légale	COLIN	Médecine générale	PERRIN André
Dermatologie	COLOMB	Pédiatrie et puériculture ..	BETHENOD
Chirurgie générale	DE MOURGUES G.	Stomatologie	DUMAS
Médecine générale	DEVIC	Médecine générale	FRIES
Obstétrique	DUMONT Martial	Obstétrique	GARMIER
Urologie	DURAND	Médecine générale	NOEL
Chirurgie générale	FRANCILLON	Médecine générale	ROBERT
Chirurgie générale	SAUBIER	Orthopédie	SCHNEPP

EXAMINATEURS DE LA THESE

Président : M. BERTRAND - Assesseurs : MM. GUILLEMIN, FRANCILLON, SAUBIER.

A LA MEMOIRE DE MA GRAND'MERE

A MES PARENTS

Aucun mot ne saurait traduire l'étendue de ma reconnaissance et la profondeur de mon affection.

A MA SŒUR

A TOUS LES MIENS



A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. BERTRAND

Professeur de Clinique Chirurgicale

Nous le remercions très respectueusement de l'honneur qu'il nous fait en présidant notre jury.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre reconnaissance et de notre profond respect.

A NOS JUGES

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GUILLEMIN

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ FRANCILLON

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SAUBIER

Nous les remercions de l'honneur qu'ils nous font en acceptant de juger ce travail. Qu'ils veuillent bien trouver ici l'expression de notre respectueuse gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR POUYET

Chirurgien des Hôpitaux

Nous le remercions très respectueusement de la confiance qu'il nous a témoignée en nous proposant le sujet de notre thèse et de l'aide qu'il nous a apportée dans son édification.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre reconnaissance et de notre respectueux attachement.

A NOTRE CAMARADE

LE DOCTEUR GUY AMI

Nous le remercions très sincèrement de son aimable collaboration.

A MONSIEUR LE MÉDECIN-GÉNÉRAL INSPECTEUR BORON

*Professeur Agrégé du Val-de-Grâce
Directeur de l'Ecole du Service de Santé Militaire
et de l'Hôpital Militaire d'Instruction Desgenettes*

A MONSIEUR LE MÉDECIN-COLONEL CAMELIN

*Professeur Agrégé du Val-de-Grâce
Médecin-Chef de l'Hôpital Militaire d'Instruction Desgenettes*

A NOS MAITRES
DE LA FACULTE DE MEDECINE DE LYON
DES HOPITAUX CIVILS
DE L'HOPITAL MILITAIRE D'INSTRUCTION DES GENETTES

En particulier à :

MONSIEUR LE MÉDECIN-COMMANDANT FELIX
Professeur Agrégé du Val-de-Grâce

Un semestre passé dans son service
restera l'un des plus intéressants et agréables
de nos études.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression
de notre respectueux attachement.

MONSIEUR LE MÉDECIN-COMMANDANT ROUMAGOUX
Spécialiste des Hôpitaux Militaires

Le semestre passé dans son service nous
a permis d'apprécier son affabilité et le
dynamisme de son enseignement.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression
de notre respectueux attachement.

MESSIEURS LES MÉDECINS-COMMANDANTS FREYRIA, QUINOT

MESSIEURS LES MÉDECINS-CAPITAINES BADROUILLARD,

LACOSTE, LESBRE, MEDARD, PIROLLET, TOURRETTE

A TOUS MES CAMARADES
DE L'ECOLE DU SERVICE DE SANTE MILITAIRE

INTRODUCTION

L'extension antérieure du cancer du rectum se fait vers l'appareil génital. Chez la femme, la disposition anatomique indépendante des voies urinaires rend l'ablation élargie de ces formes avancées beaucoup plus aisée et d'indication plus fréquente que chez l'homme. Ces techniques d'exérèse monobloc restent néanmoins très particulières et sont souvent mal décrites dans les traités de technique chirurgicale. A vrai dire, de nombreuses publications parcellaires leur ont été consacrées depuis la présentation de GOULLIoud à la Société de Chirurgie de Paris, en 1925. Les articles de CUNÉO et J.-C. BLOCH, en 1926, de CHARRIER et BARRAYA en 1939, d'ALLAINES, en 1943, ont précisé les modalités de ces exérèses élargies dans le cadre des amputations et de la résection abdomino-sacrée. Depuis lors, aucun article de technique n'est paru, malgré l'évolution des procédés de la chirurgie rectale, et surtout aucun bilan éloigné portant sur un nombre relativement substantiel de malades n'a été publié. Il va sans dire qu'il s'agira uniquement, dans ce travail, d'hystérectomies, de

colpohystérectomies ou de colpectomies monobloc de nécessité basées sur l'extension directe du néoplasme. Nous éliminons formellement de ce cadre l'hystérectomie de facilité de TIXIER que nous ne pratiquons jamais. Sans revenir sur des raisons déjà exposées par ailleurs, il est indispensable, dans les résections, d'éviter d'ouvrir un chemin à la fistule anastomotique éventuelle par une hystérectomie totale. Si une lésion autre que l'extension cancéreuse, telle que fibrome ou kyste ovarien, impose une hystérectomie, elle sera une hystérectomie subtotale, première, n'ouvrant pas le vagin.

Une étude de l'extension génitale du cancer rectal chez la femme ne peut se concevoir sans que soient étudiées les disséminations ovariennes. Ce problème nécessite un chapitre indépendant, car il pose essentiellement des questions pathogéniques et s'appuie sur des données statistiques particulières.

BASES ANATOMIQUES

L'intimité anatomique du rectum et de la filière génitale chez la femme est évidente. Plus particulièrement et de bas en haut : la cloison recto-vaginale dans les cancers du canal anal et de la partie basse sous-péritonéale de l'ampoule — le cul-de-sac postérieur, l'isthme et le col dans les néoplasmes de l'ampoule — l'isthme utérin par l'intermédiaire du douglas dans les tumeurs de la charnière recto-sigmoïdienne, sont directement menacés par l'extension cancéreuse.

L'indépendance lymphatique du rectum et de l'appareil génital est complète et il n'existe aucune extension lymphatique de voisinage. La propagation cancéreuse est uniquement directe. L'adhérence anatomique normale facilite l'extension extra-pariétale du cancer du rectum par les processus successifs bien classiques de l'infiltration, puis de la pénétration et de l'envahissement direct. En pratique, sur le plan anatomopathologique et chirurgical, trois possibilités peuvent se présenter :

1° Dans le cancer du canal anal et de la partie basse de l'ampoule, l'extension se fait vers la cloison rectovaginale, puis la paroi postérieure du vagin. L'infiltration précède la pénétration qui annonce la fistule cancéreuse rectovaginale terminale. Dans ces cas, l'utérus et le dôme vaginal presque toujours sont sains. L'atteinte se fait exclusivement vers la paroi postérieure du vagin en respectant le cul-de-sac postérieur.

2° Dans le cancer de la partie moyenne de l'ampoule rectale, souvent à cheval sur le douglas, l'extension se fait vers le cul-de-sac postérieur et la paroi vaginale postérieure haute et vers

l'isthme utérin à travers le douglas. Dans ces cas, le sacrifice de l'utérus et de la paroi postérieure du vagin s'impose.

3° Dans le cancer de la charnière rectosigmoïdienne, l'extension cancéreuse se fait à travers le douglas vers l'isthme d'abord adhérent, puis envahi. Les conséquences sont doubles :

Tout d'abord, le vagin proprement dit est respecté. L'hystérectomie totale avec ablation d'une collerette vaginale est donc suffisante.

Par ailleurs, l'extension à l'isthme va comporter secondairement un envahissement lymphatique vers les paramètres, puis les chaînes iliaques identique à celui des cancers du col. A priori donc, l'ablation des paramètres est logique.

LES TECHNIQUES

Eliminant les procédés décrits par CUNÉO et BLOCH, qui comportent une colpectomie totale excessive et dangereuse, et la technique envisagée par d'ALLAINES dans le cadre de la résection abdomino-sacrée, nous nous bornerons à décrire les techniques pratiquées.

1° OPERATION PERINEALE

I. — Amputation périnéale du rectum avec ablation de la cloison recto-vaginale.

La technique en est classique et aisée. Ainsi que nous l'avions déjà signalé dans la thèse d'H. VILLIERS, la colostomie iliaque gauche est pratiquée dans le même temps opératoire et l'opération est terminée par une suture totale du périnée sur un drainage latéral. Le seul problème important, rarement envisagé, est celui de la conduite à tenir vis-à-vis du vagin restant. Il nous semble néfaste pour la cicatrisation périnéale, de laisser la paroi antérieure muqueuse du vagin et le col à nu dans la loge d'exérèse derrière la suture du périnée. Toutes les fois que faire se peut, nous préférons reconstituer le vagin par un procédé adapté de la colpectomie subtotal de Ladhart dans les prolapsus. Presque toujours, en effet, il est possible de fermer le dôme vaginal et de constituer au-dessous un petit vagin sous-urétral non fonctionnel, mais qui assure le drainage d'éventuelles sécrétions et reconstitue un canal indépendant, isolant la muqueuse vaginale de la loge d'exérèse.

II. — Amputation périnéale du rectum avec hystérectomie et colpectomie postérieure totale.

Cette intervention n'a été que rarement pratiquée. Elle est difficile. Surtout, il est illogique, dans un cancer débordant dans la cavité péritonéale, d'effectuer une libération plus ou moins aveugle par voie basse exclusive. Cette technique reste néanmoins précieuse chez les grandes obèses tarées et nous la décrirons rapidement.

La colostomie iliaque gauche première est suivie immédiatement de l'amputation qui débute, comme dans le procédé précédent, par l'ablation des creux ischiorectaux, le décollement postérieur, l'incision du vagin emmenant la cloison, la section des releveurs.

C'est alors qu'il est procédé à l'incision vaginale péri-cervicale, habituelle des hystérectomies vaginales, suivie du refoulement de la vessie et de l'ouverture du cul-de-sac vésico-utérin.

La bascule antérieure de l'utérus a notre préférence, à moins que son impossibilité force à la descente progressive par ligature de bas en haut des pédicules.

L'opération est alors terminée par ligature de l'hémorroïdale supérieure, la section et la fermeture du rectum.

2° OPERATION PAR VOIE HAUTE OU COMBINEE

I. — Résection antérieure du rectum avec hystérectomie totale monobloc.

1° *Voie d'abord.* Notre tendance actuelle est de préférer les incisions médianes ou para-médianes aux abords latéralisés à gauche autrefois préconisés.

2° *Ablation des annexes.* Découverte et repérage sur lacette des uretères au détroit supérieur.

3° *Ligature des vaisseaux mésentériques inférieurs.* Avant tout décollement, soit à l'origine, soit dans tous les cas au-dessus du bouquet des sigmoïdiennes. L'uretère gauche est mis soigneusement à l'abri lors de ce temps opératoire.

4° *Incision du péritoine pelvien.* L'incision va de part et d'autre du point de section des vaisseaux mésentériques, descend sur les côtés du rectum, remonte sur les faces latérales de l'utérus et se termine au niveau du cul-de-sac vésico-utérin.

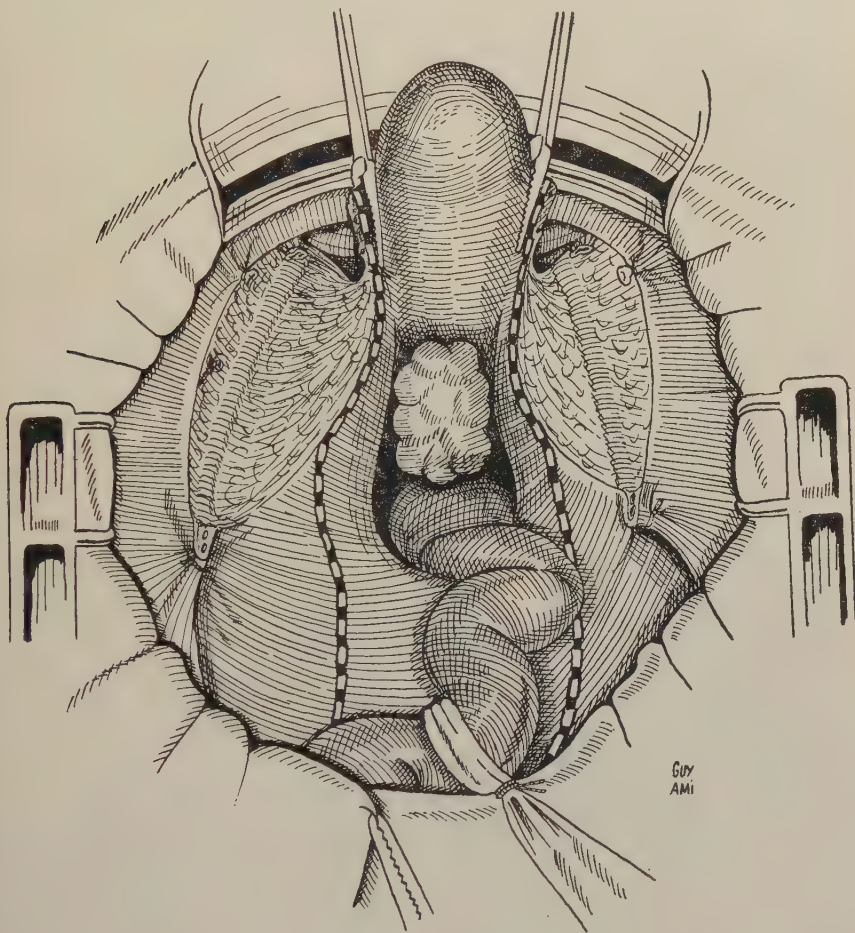


FIG. I

5° *Décollement rétrorectal* primitif, conseillé par d'ALLAINES, qui a l'avantage d'ascensionner le bloc rectogénital.

6° *Hystérectomie.* Elle comporte :

— Le décollement vésico-vaginal poussé le plus loin possible sur la ligne médiane.

— La dissection des uretères à partir du détroit supérieur. Les uretères sont repérés, mais non isolés, jusqu'au croisement de l'utérine. L'artère utérine est alors liée, le plus souvent à son origine, et le décroisement avec l'uretère est pratiqué comme dans un Wertheim, avec ligature des artères vésico-vaginales.

Les uretères sont refoulés en avant avec la base de la vessie.

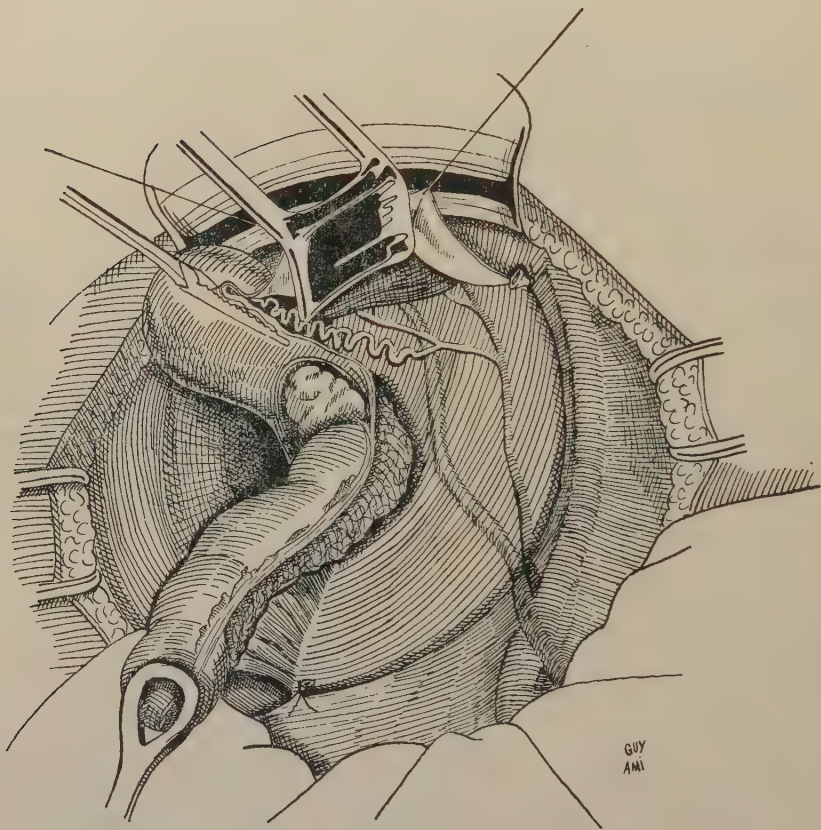


FIG. II

7° *Section du vagin d'avant en arrière.* La paroi postérieure est incisée d'une main légère et le plan de décollement recto-vaginal est retrouvé et poussé le plus bas possible.

Suture complète du vagin. Les deux angles, repérés par des fils tracteurs, refoulent le vagin en avant.

8° *Libération et section du rectum.* Le rectum est libéré jusqu'au plancher des releveurs. La libération peut être considérée comme poussée à la limite lorsque l'on voit de chaque côté l'aponévrose pelvienne supérieure blanche et nacrée : alors, section du rectum à 10 cm au-dessous de la tumeur et ablation de la pièce.

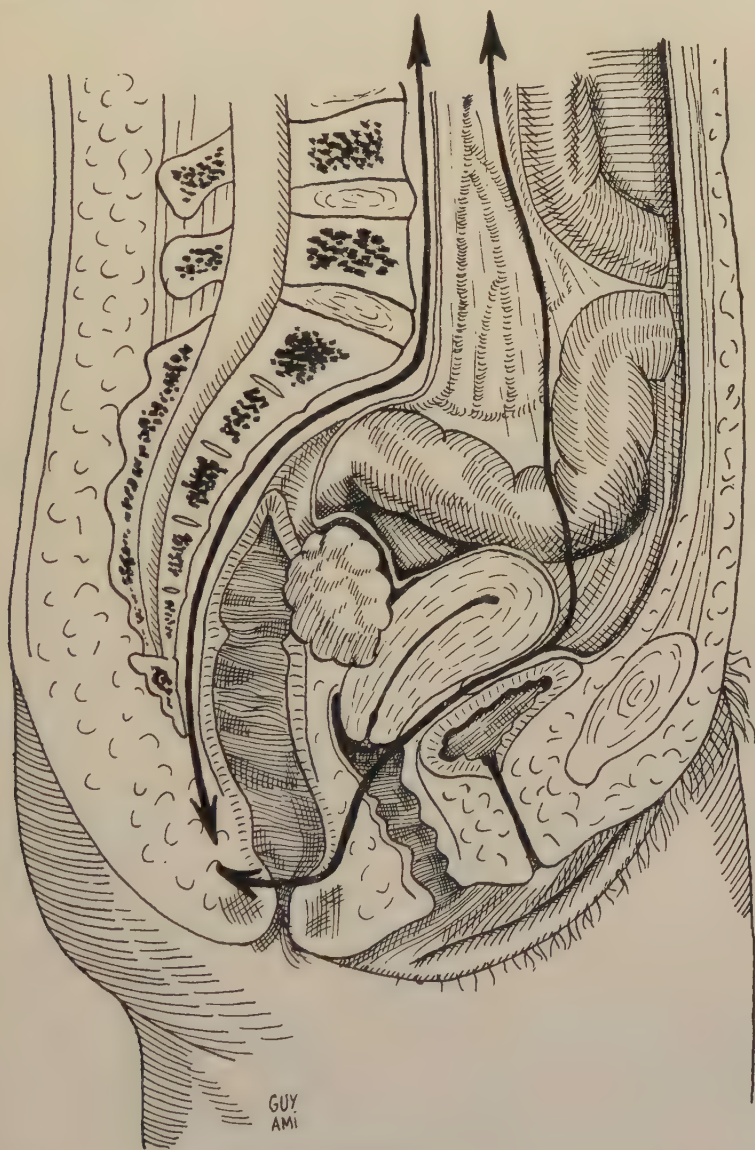


FIG. III

9° *Anastomose colorectale* entre le côlon iliaque ou le côlon transverse et la partie basse de l'ampoule rectale, le plus souvent en 1 ou 2 plans, toujours termino-terminale.

10° *Péritonisation du pelvis* sur un drain aspiratif pelvien sous-péritonisé.

11° *Fermeture pariétale.*

12° *Dérivation contemporaine* : anus transverse dans quelques cas.

II. — Amputation abdomino-périnéale avec hystérectomie totale et colpectomie postérieure monobloc.

Les temps initiaux sont identiques. Seule la paroi antérieure du vagin est incisée.

Lors du temps périnéal conduit de manière classique, les incisions latérales du vagin rejoignent l'ouverture antérieure du vagin et permettent l'ablation en bloc de la pièce.

(Voir figure IV)

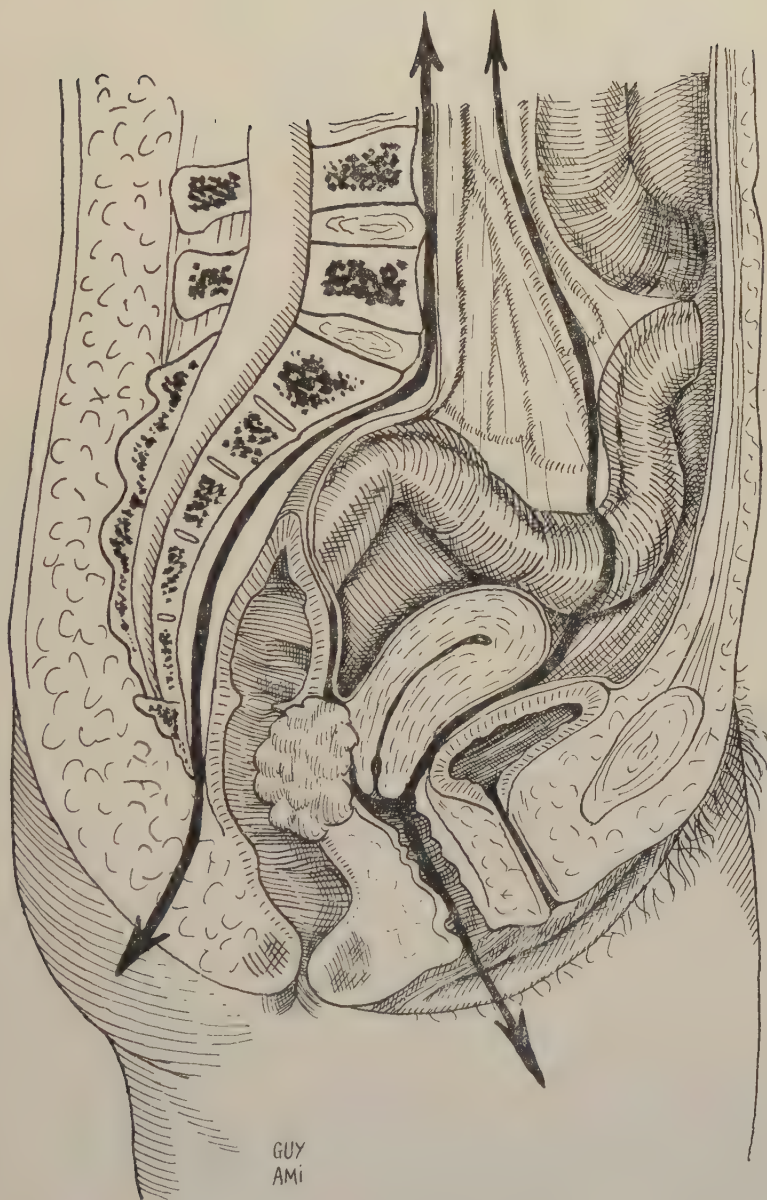


FIG. IV

INDICATIONS

1° *Cadre général :*

Notre attitude devant le cancer du rectum est résolument offensive, considérant que l'anus iliaque gauche simple n'assure qu'un soulagement très précaire, ne modifiant pas le syndrome rectal intolérable des cancers avancés. C'est pourquoi l'indication opératoire d'exérèse sera posée même s'il existe des métastases hépatiques latentes, découvertes par l'exploration clinique ou radiologique, que l'on sait en effet pouvoir être compatibles avec une survie prolongée.

L'exérèse palliative nous semble être un procédé de confort toujours préférable à l'anus simple si les conditions générales autorisent une intervention importante.

Sur le plan d'extension locale, le blocage postérieur est sans signification particulière, toute adhérence du cancer au sacrum peut être décollée.

L'extension latérale est plus importante et ne peut être appréciée cliniquement. Le « blocage » au toucher d'un cancer rectal ne signifie nullement une inopérabilité, car il peut s'agir d'adhérences inflammatoires ou de données tactiles fallacieuses. Le test fondamental, à notre avis, est l'urographie intraveineuse que nous pratiquons systématiquement dans les néoplasmes du rectum. Si l'atteinte urétérale unilatérale n'est pas une contre-indication, le retentissement rénal bilatéral est un *noli tangere* formel.

L'extension antérieure est redoutable chez l'homme. Elle se fait vers le trigone vésical, obligeant à l'abandon ou à la mutila-

tion d'une pelvectomie totale. Mais, chez la femme, elle se fait vers l'appareil génital qui peut être enlevé par les techniques décrites plus haut.

L'extension antérieure du cancer du rectum chez la femme peut toujours être dépassée. Elle n'est en rien une contre-indication, mais, au contraire, l'indication d'une opération élargie monobloc dont le type dépendra de la localisation et de l'extension.

2° Choix du procédé :

1) Cancer ampullaire bas ou cancer du canal anal avec atteinte de la cloison rectovaginale, mais cul-de-sac postérieur du vagin libre : c'est l'indication d'une amputation périnéale élargie avec résection de la cloison rectovaginale.

2) Cancer rectosigmoïdien avec envahissement direct de l'isthme utérin ou du cul-de-sac postérieur.

L'opération d'exérèse comportera une colpohystérectomie monobloc. La localisation haute du néoplasme permettra le plus souvent de dépasser la tumeur vers le bas d'au moins 6 cm et, le plus souvent, l'intervention sera terminée par une anastomose colorectale. L'opération de Hartmann sera réservée à des cas très particuliers, soit pour des raisons générales de précarité de terrain, soit en raison de conditions locales exceptionnelles d'infection ou de mauvaise préparation colique.

3) Cancer de l'ampoule rectale étendu vers la plus grande partie de la paroi postérieure du vagin, y compris le cul-de-sac postérieur et quelquefois l'isthme utérin.

L'opération à pratiquer est l'amputation abdomino-périnéale avec hystérectomie totale, colpectomie du dôme vaginal et de toute la paroi postérieure du vagin en monobloc.

La voie périnéale pure sera réservée à des cas exceptionnels où le mauvais état général s'associe à l'obésité.

3° *Cas particulier des récidives anastomotiques après opération conservatrice :*

Ces récidives sur l'anastomose semblent rares par rapport aux récidives cellulaires pelviennes diffuses au-delà des ressources. La récidive anastomotique s'accompagne d'ailleurs souvent d'une récidive cellulaire régionale. L'urographie est, là encore, l'examen essentiel avant d'envisager un éventuel recours itératif par amputation abdomino-périnéale du rectum.

L'hystérectomie pure ou avec colpectomie postérieure peut être indispensable pour des raisons d'extension maligne dans ces opérations.

RESULTATS IMMEDIATS

La préparation intestinale moderne, les possibilités de la réanimation ont transformé le pronostic de la chirurgie rectale d'exérèse. C'est pourquoi la mortalité sur les dix dernières années est plus réduite, bien que les indications opératoires aient été poussées beaucoup plus loin.

I. — *Opération de Hartmann avec hystérectomie monobloc* : 7 cas.

Avant 1954 : 5 malades ont été traitées de cette manière. 2 sont décédées, l'une de choc opératoire (obs. n° 1), l'autre d'hémorragies profuses le 7^e jour. Trois malades ont survécu. La morbidité a été importante puisque la malade n° 3 a présenté une occlusion du grêle nécessitant une laparotomie de libération du grêle. Les malades n° 4 et n° 5 ont présenté des fistules urétérales, nécessitant, dans un cas, une néphrectomie, et, dans l'autre, une intervention suivie de succès de restauration urétérale.

Depuis 1954 : 2 malades seulement ont été opérées de cette manière, la tendance générale étant de rétablir la continuité par anastomose colorectale immédiate. L'une est décédée dans les suites dans un tableau de cellulite pelvienne avec subocclusion (obs. n° 10). L'autre a pu bénéficier, six mois plus tard, d'un rétablissement de la continuité par anastomose transversorectale (obs. n° 7).

II. — *Résection antérieure du rectum avec hystérectomie monobloc* : 11 cas.

Avant 1954, une seule malade a été ainsi traitée en 1949. Elle est décédée du choc opératoire (obs. n° 8).

Depuis 1954 : 10 malades ont subi une rectosigmoïdectomie avec hystérectomie monobloc suivie de bout à bout.

La moitié, soit 5 malades, a été effectuée sous couvert d'un anus transverse droit contemporain de l'exérèse (obs. n^{os} 9, 10, 11, 12, 13). Les 5 malades ont bien guéri. Cependant, la malade n^o 12 a présenté une occlusion post-opératoire du grêle nécessitant une réintervention.

Les 5 autres malades ont eu un rétablissement idéal de la continuité, sans dérivation (obs. n^{os} 14, 15, 16, 17, 18). 2 sont décédées : l'une (n^o 15) d'œdème aigu du poumon le 3^e jour, l'autre (n^o 17) de broncho-pneumonie le 4^e jour. Ces décès sont donc de cause générale, sans rapport avec la présence ou l'absence de dérivation externe en amont. Notre tendance actuelle est et reste, dans ces cas comme dans les cas plus simples, de pratiquer des rectosigmoïdectomies idéales sans dérivation.

III. — *Amputation abdomino-périnéale avec colpohystérectomie monobloc* : 10 cas.

Avant 1954 : 3 malades ont subi cette opération (obs. n^{os} 19, 20, 21). Une est décédée dans un tableau de déshydratation et de toxémie (obs. n^o 20).

Depuis 1954 : Sur 7 malades, nous comptons 2 décès. Dans l'obs. n^o 25, le décès est dû à une embolie pulmonaire, le 6^e jour. Dans l'obs. n^o 27, il s'agit d'une occlusion du grêle par incarceration d'anses dans le pelvis après lâchage de la péritonisation et que la réintervention n'a pu récupérer.

Les 5 autres malades ont eu des suites simples.

IV. — *Amputation monobloc du rectum avec colpohystérectomie par voie périnéale pure* : 4 cas.

Avant 1954 : 2 observations (n^o 29 et 30) ont été suivies de décès. Dans l'observation n^o 29, en 1944, il s'agissait d'un choc opératoire ; dans l'observation n^o 30, en 1951, d'urémie au 14^e jour.

Depuis 1954 : 2 cas (obs. n^o 31 et 32) ont eu des suites simples.

V. — *Amputation périnéale du rectum élargie à la cloison rectovaginale* : 13 cas.

Avant 1954 : 4 avant 1954 (obs. n° 31, 32, 33, 34). 2 malades sont décédées. La malade n° 33 est morte de collapsus le 2^e jour. La malade n° 34 a présenté un ramollissement cérébral avec crise comitiale, entraînant la mort.

Depuis 1954 : 9 depuis 1954. Il n'y a aucune mortalité. La bénignité bien établie de l'amputation périnéale du rectum est confirmée. Cependant, la malade n° 35 a présenté une fistule urétérale forçant à la néphrectomie secondaire.

RÉSULTATS IMMÉDIATS. — *Avant 1954* : 15 cas.

	Nombre de cas	Décès	Morbi- dité	Suites simples
Hartmann avec hystérectomie	5	2	3	
Résection antérieure avec hystérectomie	1	1		
Amputation abdomino-périnéale avec hystérectomie	3	1		2
Amputation avec hystérectomie par voie périnéale	2	2		
Amputation périnéale avec résection de la cloison	4	2		2

RÉSULTATS IMMÉDIATS. — *Depuis 1954* : 30 cas.

Hartmann + hystérectomie	2	1		1
Résection antérieure + hystérectomie..	10	2	1	7
Amputation AP + hystérectomie	7	2		5
Amputation P + hystérectomie	2			2
Amputation P + résection cloison	9			9

POURCENTAGE DE MORTALITÉ *depuis 1954*.

Résection antérieure + hystérectomie	2 sur 10, soit 20 %
Amputation abdomino-périnéale + hystérectomie ..	2 sur 7, soit 28,5 %
Voie périnéale pure avec résection cloison ou avec hystérectomie	0 sur 11, soit 0 %

LES COMPLICATIONS

I. — Complications générales.

Elles méritent d'être analysées.

1° *Le choc* ou le collapsus secondaire précoce fut la cause de décès dans des observations anciennes entre 1943 et 1950 (obs. n° 1, 8, 29, 33). Une réanimation plus précise a fait disparaître ce redoutable danger.

2° *Une bronchopneumonie* entraîne le décès dans l'observation n° 17.

3° *Un œdème aigu du poumon* dans l'observation n° 15.

4° *Urémie ou déshydratation* furent la cause de la mort dans les observations n°s 20 et 30.

5° *Ramollissement cérébral* dans l'observation n° 34.

6° *Hémorragies profuses* dans l'observation n° 2.

7° *Embolie pulmonaire* du 6^e jour dans l'observation n° 25.

II. — Complications locales.

Mortelles ou non, elles permettent une étude très précise.

1° *La cellulite pelvienne* est classique et redoutée. Elle n'a été observée qu'une fois, et a entraîné la mort malgré l'antibiothérapie.

2° *Les fistules urétérales* sont apparues à trois reprises (obs. n° 4, 5, 35). Elles sont le grand danger de la chirurgie de ces cancers étendus qui débordent latéralement au contact des parois du pelvis. Dans ces cas, l'uretère droit est aussi menacé

que l'uretère gauche, danger classique de la chirurgie rectale. Le seul moyen de prévention est la découverte et la libération systématique de bout en bout, conduite toujours suivie dans les opérations par voie haute.

3° *Les occlusions du grêle* ont compliqué trois fois cette chirurgie. Leur mécanisme est intéressant dans les trois observations.

— Occlusion du grêle par adhérence au trajet imparfaitement clos du drainage abdominal sous-péritonisé dans l'observation n° 12.

— Occlusion par adhérence au méso de la colostomie iliaque gauche dans l'observation n° 3.

— Occlusion par incarceration d'anses dans le pelvis après rupture de la péritonisation dans l'observation n° 12.

Il est essentiel :

— de sous-péritoniser parfaitement le trajet du drain abdominal ;

— de fermer le hiatus colopariétal créé par l'instauration d'une colostomie ;

— de clore avec soin et solidité le pelvis lors de la péritonisation pour amputation.

LES RESULTATS ELOIGNES

Leur étude est un des tests essentiels de ce travail. Il est commun de dire que les exérèses associées en chirurgie colorectale sont valables et peuvent faire espérer des guérisons véritables. A vrai dire et, à notre connaissance, aucune statistique importante sur de tels cas n'a été publiée. Certes, CHARRIER, en 1939, sur 7 malades, n'avait que 2 récives au bout de 4 et 18 mois. Mais 3 opérés depuis moins de 3 mois ne pouvaient compter dans cette analyse. De plus, les 2 malades restants n'avaient pas un recul dépassant 18 mois.

D'ALLAINES, en 1943, sur 7 cas, avec 5 survivants, dont 4 étudiables, n'avait pas de recul de plus de 14 mois.

Aussi avons-nous recherché avec soin les anciens malades et seuls 5 n'ont pu être retrouvés sur 33. Des 28 restants doivent être retranchés 4 malades récents opérés dans le courant de 1963 qui vont bien actuellement.

Dans l'analyse de ces résultats éloignés, nous scinderons :

1° Les exérèses abdominales pures avec hystérectomies, qu'elles soient terminées en Hartmann ou par bout à bout.

2° Les amputations avec hystérectomie périnéale pure ou abdomino-périnéale.

3° Les amputations périnéales avec résection de la cloison rectovaginale.

1. — Exérèses abdominales pures avec hystérectomie.

12 malades. 2 n'ont pu être retrouvées (n° 11 et 12).

1 est trop récente (n° 14). 9 cas sont analysables.

1° *Survie de moins d'un an.* On peut estimer que l'opération n'a apporté aucun bénéfice réel, si ce n'est la suppression des symptômes pendant quelques mois brefs.

2 cas (obs. n° 3 et 9), soit 22,2 %.

2° *Survie de plus d'un an,* mais toutes ces malades sont décédées après une survie appréciable et valable.

6 malades, soit 66,6 %, ont eu des survies importantes : 13 mois (obs. n° 4 et 13), 18 mois (obs. n° 10), 2 ans et demi (obs. n° 16), 3 ans (obs. n° 17), 3 ans et demi (obs. n° 18).

3° *Une malade est et reste guérie* 12 ans après, soit 12,5 %.

II. — Amputations avec hystérectomie par voie périnéale ou combinée.

9 observations, mais 2 malades, amputées pour récurrence locale après bout à bout, n'ont eu que des survies précaires de moins d'un an. Ces opérations de rattrapage ne peuvent être retenues.

Une malade n'a pu être retrouvée (obs. n° 12).

2 sont trop récentes (obs. n° 22 et 26).

4 restent analysables.

1° *Survie de moins d'un an.* 2 cas (obs. n° 24 et 28), soit 50 %.

2° *Survie de plus d'un an.* 1 cas, soit 25 % (obs. n° 31).

3° *Une malade est et reste guérie* depuis 12 ans (obs. n° 21), soit 25 %.

La médiocrité de ces résultats éloignés dans ces larges opérations d'exérèse combinée nous a tout d'abord beaucoup étonné. Finalement, en effet, en groupant ces deux séries, sur 13 cas analysables, il n'y a que 2 malades guéries depuis plus de 5 ans, soit 15,4 %. Le pourcentage habituel de guérison au-delà de 5 ans de 40 % dans le cancer du rectum est donc très loin. En réalité, par une réflexion plus approfondie, il s'agit d'un cancer qui a débordé les tuniques de l'organe où il est né pour envahir un organe voisin — soit un stade 3 de Dukes. On ne peut donc comparer les résultats qu'à des cancers avancés similaires. Le pourcentage de guérison ou de survie durable est alors très rigoureusement superposable à celui que l'on observe dans les pelvectomies antérieures ou postérieures pour néoplasme du col.

L'exérèse associée ne donne, le plus souvent, qu'une rémission. Cependant, celle-ci reste très appréciable puisque, sur les 13 cas groupés des deux séries, 7 malades ont pu avoir des rémissions atteignant ou dépassant 3 ans, en plus de 2 malades guéries.

Par conséquent, 70 %, soit très grossièrement 2 malades sur 3, tireront un bénéfice réel de la chirurgie.

Très brutalement donc, on peut dire que, sur 13 malades guéries opératoirement :

- 2 seront guéries de leur cancer,
- 7 auront une rémission durable,
- 4 ne tireront aucun bénéfice réel.

Les résultats, pour modestes qu'ils soient, ne doivent en aucun cas faire désespérer, mais conduisent à souhaiter la généralisation du diagnostic précoce du cancer du rectum.

III. — Amputations périnéales avec résection de la cloison.

11 cas : 2 malades n'ont pu être retrouvées (obs. n° 40 et 41), 1 malade a été opérée en 1963 (obs. n° 43). Il reste donc 8 cas analysables.

1° *Survie de moins d'un an.* 4 malades n'ont tiré qu'un bénéfice bien modeste de la chirurgie d'exérèse (obs. n° 35, 39, 44 et 45).

2° *Survie de plus d'un an.* 3 cas : 1 de 18 mois (obs. n° 42) ; 1 de 2 ans et demi (obs. n° 37) ; 1 de 3 ans et demi (obs. n° 36).

3° *Une malade reste guérie 7 ans après* (obs. n° 38).

Ces résultats sont donc, là encore, bien modestes. La chirurgie d'exérèse n'a finalement été valable que dans 1 cas sur 2. Mais ces résultats nous ont peu surpris, car notre Maître, le Professeur BERTRAND, nous a toujours enseigné le très mauvais pronostic éloigné du cancer anal, a fortiori lorsqu'il est étendu à la cloison rectovaginale. Nous noterons cependant la rareté d'apparition d'adénopathies inguinales cancéreuses, puisqu'elle n'a été notée qu'une fois (obs. n° 39). Cette rareté nous conduit à persévérer dans notre attitude d'abstention de tout curage inguinal bilatéral prophylactique dans le cancer de l'anus.

OVAIRES ET CANCER DU RECTUM

Si l'extension directe du cancer du rectum peut se faire vers l'ovaire, obligeant à une exérèse associée, il existe des faits très particuliers qui forcent à envisager dans un chapitre spécial le problème du devenir des ovaires dans le cancer du rectum ou plutôt, plus généralement, dans le cancer du gros intestin.

Il s'agit, en effet, de deux faits d'ordre très différent.

1° L'existence de cancers primitifs multiples du gros intestin et de l'ovaire — sur lesquels Joyeux a beaucoup insisté.

2° Le cadre des métastases ovariennes du cancer intestinal, qui fait partie du grand groupe des tumeurs de Krukenberg.

I. — Cancers primitifs multiples de l'ovaire et du gros intestin.

Ce sont des faits très curieux dont nous ne possédons aucune observation personnelle.

Les cas publiés, à notre connaissance, sont ceux de :

1° LEROUX, BERGERET, KERNEIS : 2 observations.

— Une femme de 56 ans présente un squirrhe du côlon gauche (histologiquement, épithélioma glandulaire typique) associé à un épithélioma kystique végétant de l'ovaire gauche.

— Une femme de 46 ans présente un cancer du rectum associé à un épithélioma kystique végétant de l'ovaire gauche.

2° JOYEUX : 4 observations.

— Une femme de 61 ans présente une tumeur solide maligne de l'ovaire droit associée à un épithélioma colloïde du sigmoïde.

— Une femme de 65 ans présente un épithélioma cylindrique du sigmoïde avec ganglions. Un an plus tard apparaît un épithélioma germinatif primitif de l'ovaire.

— Une femme de 30 ans présente un cancer de l'ovaire droit (histologiquement, épithélioma germinatif) associé à une virole du sigmoïde par épithélioma cylindrique.

— Une femme de 41 ans, atteinte d'un épithélioma cylindrique du côlon descendant, présente secondairement une double tumeur de l'ovaire par épithélioma germinatif.

Certaines données sont bien établies :

— l'indépendance histologique complète des deux cancers. Dans tous les cas, l'étude anatomo-pathologique a permis d'éliminer greffe ou métastase d'un cancer sur l'autre ;

— le pronostic gravissime de cette association. Si la tumeur colique évolue lentement, le cancer de l'ovaire a un devenir malin foudroyant.

Pour JOYEUX, comme pour BERGERET, il y a dans cette association plus qu'une simple coïncidence. Il existe un véritable « lien fonctionnel » entre ces tumeurs. La dysendocrinie sexuelle favoriserait la diathèse cancéreuse. En réalité, la rareté de telles observations ne nous semble pas permettre de conclure formellement.

Quoi qu'il en soit, l'existence de ces cancers simultanés est, pour JOYEUX, l'indication formelle d'une castration prophylactique dans le cancer du côlon gauche et du rectum, surtout avant 40 ans.

II. — Métastases ovariennes du cancer colique et rectal.

Ces cas sont, au contraire, fréquents et bien connus. Ils entrent dans le cadre beaucoup plus général des tumeurs de Krukenberg. On sait que, depuis la thèse de M^{lle} GAUTHIER-VILLARS, le cadre de ce syndrome a été étendu à toutes les métastases ovariennes de cancers digestifs, que l'aspect histologique soit ou non l'aspect caractéristique avec présence de cellules mucipares en chaton de bague.

Nous possédons 2 observations personnelles de tumeurs de Krukenberg sur 301 cancers du côlon et du rectum chez la femme opérée.

OBSERVATION N° 1. — M^{me} L..., 44 ans, réglée, présente un néoplasme du haut rectum pour lequel une rectosigmoïdectomie est pratiquée le 21-4-1962 avec des suites simples. Le 30-10-1963, 18 mois plus tard, réintervention pour une énorme tumeur de l'ovaire droit. Castration bilatérale. A l'examen histologique des ovaires (Professeur Noël) : épithélioma cylindrique glanduliforme, sans différenciation cellulaire. Origine intestinale très probable.

Décès 10 mois plus tard.

OBSERVATION N° 2. — M^{me} C..., 43 ans, présente une crise subocclusive révélant un néoplasme de l'angle gauche.

Intervention 22-2-1963, Professeur Bertrand. Colectomie subtotale.

Suites simples.

En juin 1963, soit 4 mois après, apparition d'une tumeur de l'ovaire gauche.

Intervention 26-6-1963, Professeur Bertrand. Hystérectomie subtotale avec ablation de la grosse tumeur ovarienne gauche.

Histologie : épithélioma de l'ovaire.

Décès 4 mois plus tard.

1° FRÉQUENCE.

— *Pourcentage de cancers primitifs du gros intestin dans le cadre général des tumeurs de Krukenberg.*

Ce pourcentage peut être assimilé sensiblement à 12 %. En effet, si, sur 365 observations publiées en 1923, M^{lle} GAUTHIER-VILLARS reconnaissait 10 % de cancers coliques, LINARD, sur 165 cas nouveaux, trouve 14 %. A Lyon, 1 cas dans la thèse de ROUSSELIN, et 2 sur 3 Krukenberg ont été publiés par R. DESJACQUES.

— *Fréquence des métastases ovariennes dans la récurrence des cancers coliques et rectaux.*

Ce point essentiel est mal étudié. Les statistiques anatomiques complètes sur ce sujet sont rares. Il faut d'ailleurs éliminer les métastases ovariennes associées à des greffes multiples péritonéales ou épiploïques, qui sont sans signification particulière, pour ne retenir que les métastases ovariennes isolées.

En 1942, MAYO et SCHLINKE, sur 344 cas suivis, ont observé 3,6 % de métastases ovariennes, loin derrière les greffes péritonéales, intestinales, épiploïques et ne précèdent que de fort peu les greffes sur l'estomac ou la vessie.

BURT, sur 493 cancers du côlon et du rectum au Presbyterian Hospital, a vu 17 cancers secondaires de l'ovaire, soit 3,44 %. A vrai dire, il n'existait que 13 cas de métastases, soit 2,63 %. Les 3 autres cas étant soit le fruit de l'extension directe du cancer colique à l'ovaire, soit observés dans le cadre d'une carcinose péritonéale.

Il ne semble donc pas que l'apparition de métastase ovarienne soit une cause très fréquente d'échec dans le traitement du cancer du gros intestin.

2° AGE DES MALADES.

Sur ce plan, l'on ne dispose guère que de statistiques générales sur les tumeurs de Krukenberg et les témoignages sont loin d'être concordants. Pour M^{lle} GAUTHIER-VILLARS, l'âge moyen est entre 50 et 60 ans — c'est-à-dire l'âge habituel des cancers — après la ménopause. KARSCH est du même avis.

LINARD, au contraire, sur ses 165 observations publiées entre 1922 et 1946, retrouve 50 % de malades âgés de moins de 40 ans, alors que l'âge moyen du néoplasme primitif de l'ovaire est à 50 ans. Compte tenu de la rareté des cancers digestifs avant 40 ans, on peut donc valablement estimer que le risque de greffe ovarienne est considérable dans les cancers de la femme jeune.

3° PATHOGÉNIE.

La voie sanguine est abandonnée.

La voie lymphatique reste plus défendue. Les cellules cancéreuses atteignant les relais latéro-aortiques communs à l'intestin et à l'ovaire, gagneraient l'ovaire par voie lymphatique rétrograde. Mais les examens anatomiques n'ont montré que de manière inconstante l'envahissement de ces divers relais dans les tumeurs de Krukenberg.

La voie transpéritonéale directe de Krause est la théorie en vogue. Il s'agirait de la greffe de cellules tumorales exfoliées de la tumeur primitive et tombées dans la cavité péritonéale sur les ovaires, seuls organes de l'abdomen dépourvus de séreuse et souvent ulcérés en surface.

Cet ovariotropisme serait favorisé par des conditions :

— anatomiques, surtout chez la femme jeune où, comme l'a dit AMELINE, « l'ovaire est blessé et ouvert tous les 28 jours lors de la ponte ovulaire » ;

— physicochimiques : l'ovaire est un organe à tension superficielle très basse. Son alcalinité est exceptionnellement marquée et favoriserait la greffe du cancer habituellement alcalin, lui-même à pH 7,48, au lieu du chiffre normal de 7,40 ;

— physiologiques et endocriniennes : l'hyperœstrogénie a été notée chez les malades explorées de la thèse de M^{lle} HIDDEN ; BOBBER et POLLACK, chez une femme ménopausée et explorée sur le plan endocrinien, ont retrouvé cette activité androgénique et progestative.

4° ASPECTS ANATOMIQUES ET CLINIQUES.

Anatomiquement, la tumeur est le plus souvent bilatérale, mais généralement asymétrique. Il s'agit de tumeurs volumineuses, libres, d'aspect lisse et blanchâtre, fermes à la palpation.

Les circonstances de découverte sont variables :

— dans 50 % des cas, tumeur ovarienne bilatérale d'apparence primitive ;

— dans 1/3 des cas, symptomatologie digestive ; la découverte des tumeurs ovariennes est faite par l'examen clinique ou l'exploration opératoire ;

— dans les cas restants, découverte concomitante du néoplasme digestif et de sa métastase ovarienne.

5° PRONOSTIC.

Il est épouvantable. Même si la lésion primitive et les tumeurs ovariennes ont pu être extirpées de manière satisfaisante, la survie moyenne est de 6 à 8 mois pour LINARD. BERNIER et BONENFANT ont eu une survie de 6 mois pour un cancer du transverse, ALPERINE d'un an pour un cancer colique gauche.

III. — Conclusions pratiques.

La relative fréquence du syndrome de Krukenberg et son pronostic effroyable, même après extirpation des lésions, l'existence de cancers multiples de l'ovaire et du gros intestin font poser le problème de l'ovariectomie prophylactique systématique. Cette question reste discutée et le restera longtemps encore en l'absence d'arguments décisifs.

Il semble néanmoins que l'on puisse apporter des arguments très solides en faveur de la castration de principe chez la femme jeune avant la ménopause. On sait, en effet, que la greffe ovarienne est proportionnellement, chez elle, infiniment plus fréquente. Peu importe que les raisons en soient endocriniennes par hyperœstrogénie ou mécanique par facilitation de la greffe lors de l'ouverture de l'ovaire au moment de la ponte ovulaire — le fait est acquis. De plus, l'éventualité d'une grossesse expose à des risques graves. Certes, le risque de dystocie est faible, mais on peut observer des flambées cancéreuses à l'occasion d'une grossesse. SCHMIDT, cité par DELANNOY et coll., a rapporté que, sur 44 femmes enceintes atteintes de cancer gastrique, 14 font des métastases ovariennes et meurent dans l'année. Par ailleurs, une naissance chez une malade souvent seulement en survie a des incidences sociales et morales non négligeables.

Chez la femme plus âgée et sur un plan tout à fait général, la phase de l'ovariectomie prophylactique est plus discutable. Elle participe d'un acte de foi et de confiance auquel nous souscrivons avec BERGERET, JOYEUX, ROUX et CARCASSONNE, BACON, BURT et JOHANSON. Mais ses adversaires déterminés ne manquent pas d'arguments de poids.

Pour DELANNOY, les castrations prophylactiques font courir un risque de flambée cancéreuse avec généralisation. En effet, l'ablation première, isolée des ovaires métastatiques dans les tumeurs de Krukenberg, fait flamber le néoplasme définitif.

FUNCK BRENTANO estime que l'ablation préventive d'un organe récepteur aux métastases n'évite pas les métastases sur d'autres organes et les favorise peut-être. Il relève de plus, dans l'article de JOHANSON, le fait troublant qu'aucune survie valable ne fut

observée chez des malades castrées à titre prophylactique et où l'examen histologique des ovaires révéla une métastase microscopique.

Le problème ne peut être tranché dans l'ignorance des causes, du processus même d'évolution du fait cancéreux.

Cependant, en conclusion, on peut dire que :

— la castration prophylactique est indispensable chez la femme atteinte d'un cancer du côlon ou du rectum avant 40 ans ;

— la castration prophylactique reste éminemment souhaitable après 40 ans.

CONCLUSIONS

1° Le cancer du rectum étendu en avant à l'appareil génital chez la femme bénéficie d'opérations d'exérèse élargies monobloc de quatre types différents :

— amputation périnéale du rectum avec résection de la cloison rectovaginale ;

— amputation périnéale du rectum avec hystérectomie et colpectomie postérieure par voie périnéale pure ;

— résection antérieure du rectum avec hystérectomie monobloc ;

— amputation abdomino-périnéale du rectum avec hystérectomie et colpectomie postérieure.

2° Les indications de ces divers procédés dépendent de la localisation du néoplasme et du type de son extension générale.

3° La mortalité actuelle est basse, mais les résultats éloignés restent modestes dans ces ablations de cancers avancés.

15,4 % de guérisons de plus de 5 ans.

53 % de survies valables dépassant 1 an.

4° Les métastases ovariennes du cancer du gros intestin entrent dans le cadre du syndrome de Krukenberg.

Leur fréquence relative, surtout chez la femme non ménopausée, fait préconiser la castration prophylactique systématique avant 40 ans, presque toujours après la ménopause.

OBSERVATIONS

I. — HARTMANN AVEC HYSTERECTOMIE MONOBLOC.

OBSERVATION N° 1. — M^{me} F..., 43 ans, néo de l'ampoule évoluant depuis un an.

6-7-1947. Intervention (Professeur Bertrand). Anus iliaque gauche.

7-9-1948. Intervention (Professeur Bertrand). Hartmann avec hystérectomie de nécessité. Mickulicz.

Décès de choc.

OBSERVATION N° 2. — M^{me} G..., 68 ans. Enorme cancer du bas sigmoïde.

2-8-1947. Intervention (Professeur Bertrand). Hartmann avec hystérectomie de nécessité, nécessitant le sacrifice de l'uretère gauche et la résection des vaisseaux hypogastriques.

Décès d'hémorragies profuses le 6^e jour.

OBSERVATION N° 3. — M^{me} R..., 33 ans. Gros néo du bas sigmoïde évoluant depuis 4 mois.

3-7-1946. Intervention (Professeur Bertrand). Hartmann avec hystérectomie monobloc. Suites d'abord simples.

Occlusion au 21^e jour. Réintervention : occlusion du grêle par adhérence sur le méso de la colostomie iliaque gauche. Libération.

Suites simples.

Récidive rapide dans les mois suivants.

OBSERVATION N° 4. — M^{me} L..., 56 ans. Début par abcès pelvien nécessitant une colpotomie le 15-2-1947. Alternatives de rétention et d'évacuation.

Intervention 28-10-47 (Professeur Bertrand).

Hartmann avec hystérectomie en bloc - Mickulicz. Suites troublées par apparition d'une fistule urétérale gauche nécessitant, le 12-12-1947, une néphrectomie.

Décès 13 mois plus tard.

OBSERVATION N° 5. — M^{me} G..., 50 ans. Enorme cancer du haut rectum évoluant depuis 8 mois.

Intervention 6-12-1951 (Professeur Bertrand). Hartmann avec hystérectomie en bloc pour envahissement de l'isthme.

Suites troublées par fistule urétérale bilatérale.

Réparation avec succès de l'uretère droit. Garde fistule urétérale gauche dont elle refuse la cure.

Reste guérie à ce jour, 12 ans après.

OBSERVATION N° 6. — M^{me} B..., 67 ans. Très gros néo du bas sigmoïde évoluant depuis un an au moins.

Intervention 28-11-1956 (Professeur Bertrand). Hartmann avec hystérectomie en bloc.

Suites troublées par cellulite, entraînant le décès au 22^e jour.

OBSERVATION N° 7. — M^{me} D..., 61 ans. Enorme néo rectosigmoïdien évoluant depuis 18 mois, pris pour une tumeur de l'ovaire.

Intervention 17-9-1960 (Docteur Pouyet). Hartmann avec hystérectomie monobloc et résection d'une anse grêle adhérente. Mickulicz.

Suites simples.

Intervention 12-5-1961 (Docteur Pouyet). Rétablissement de la continuité par anastomose transverso-rectale.

Suites simples.

Décès en novembre 1963, 3 ans après l'intervention primitive, par récurrence cellulaire.

II. — RESECTION ANTERIEURE DU RECTUM AVEC HYSTERECTOMIE MONOBLOC.

OBSERVATION N° 8. — M^{me} C..., 66 ans. Grosse tumeur du rectosigmoïde évoluant depuis 2 ans.

Intervention 2-2-1949 (Professeur Bertrand). Rectosigmoïdectomie avec hystérectomie monobloc. Bout à bout sous couvert de caecostomie.

Décès de choc opératoire.

OBSERVATION N° 9. — M^{me} M..., 62 ans. Gros cancer du bas sigmoïde évoluant depuis 4 mois.

Intervention 6-7-1960 (Professeur Bertrand). Rectosigmoïdectomie avec hystérectomie monobloc pour envahissement direct. Bout à bout. Anus transverse.

Suites simples.

Intervention 9-9-1960 (Docteur Pouyet). Fermeture de l'anus transverse.

Suites simples.

Récidive locale en février 1961, 7 mois après.

OBSERVATION N° 10. — M^{me} B..., 55 ans. Cancer du haut rectum évoluant depuis 18 mois.

Intervention 7-12-1956 (Professeur Bertrand). Rectosigmoïdectomie avec hystérectomie en bloc. Bout à bout. Anus transverse.

Suites simples.

Intervention 22-3-1957 (Docteur Saubier). Fermeture de l'anus transverse.

Récidive en juillet 1957, 18 mois plus tard.

OBSERVATION N° 11. — M^{me} A..., 64 ans. Cancer du bas sigmoïde évoluant 7 mois.

Intervention 11-7-1956 (Docteur Francillon). Rectosigmoïdectomie avec hystérectomie monobloc. Anus transverse.

Suites simples.

Intervention 5-10-1956 (Docteur Francillon). Fermeture de l'anus transverse.

Suites simples.

Malade non retrouvée.

OBSERVATION N° 12. — M^{me} G..., 59 ans. Cancer du haut rectum évoluant depuis 6 mois.

Intervention 6-10-1956 (Professeur Bertrand). Métastases hépatiques. Rectosigmoïdectomie avec hystérectomie en bloc. Bout à bout.

Suites troublées par apparition d'une occlusion du grêle.

Réintervention 13-10-1956 (Docteur Fernoux). Occlusion par adhérence d'une anse sur le trajet du drain aspiratif.

Suites simples.

Malade non retrouvée, probablement décédée.

OBSERVATION N° 13. — M^{me} L..., 59 ans. Cancer du haut rectum évoluant depuis 18 mois.

Intervention 6-11-1956 (Professeur Bertrand).

Rectosigmoïdectomie avec hystérectomie de nécessité. Bout à bout. Anus transverse.

Suites simples.

Intervention 23-1-1957 (Professeur Bertrand). Fermeture de l'anus.

Suites simples.

Apparition d'une récidive locale sur l'anastomose.

Intervention 25-4-1958. Amputation abdomino-périnéale.

Décès le 24-9-1959.

OBSERVATION N° 14. — M^{me} R..., 66 ans. Néo du bas sigmoïde évoluant depuis 8 mois.

Intervention 19-6-1963 (Docteur Pouyet). Néoplasme du bas sigmoïde faisant bloc avec l'utérus, traité par colectomie gauche vraie avec hystérectomie monobloc. Anastomose transversorectale bout à bout.

Suites simples.

Va bien actuellement, 10 mois plus tard.

OBSERVATION N° 15. — M^{me} C... Cancer du bas sigmoïde évoluant depuis 2 mois.

Intervention 27-10-1954. Anus transverse.

Intervention 17-11-1954 (Professeur Bertrand). Rectosigmoïdectomie avec hystérectomie monobloc. Bout à bout.

Suites : œdème aigu du poumon mortel le 3^e jour.

OBSERVATION N° 16. — M^{me} C... Cancer du bas sigmoïde révélé par une occlusion du gros intestin.

Intervention 7-2-1959 (Docteur Pouyet). Caecostomie.

Intervention 25-2-1959 (Docteur Pouyet). Rectosigmoïdectomie avec hystérectomie monobloc. Bout à bout.

Suites simples.

Va bien 2 ans. Puis récurrence pelvienne diffuse. Décès le 2-11-1960.

OBSERVATION N° 17. — M^{me} G..., 64 ans. Cancer du haut rectum évoluant depuis 6 mois.

Intervention 25-3-1959 (Professeur Bertrand). Rectosigmoïdectomie avec hystérectomie monobloc. Ligature de l'uretère droit. Bout à bout.

Décès de bronchopneumonie le 4^e jour.

OBSERVATION N° 18. — M^{me} D..., 65 ans. Cancer du haut rectum évoluant depuis 3 mois.

Intervention 8-1-1959 (Docteur Pouyet). Rectosigmoïdectomie avec hystérectomie monobloc. Bout à bout.

Suites simples.

A survécu 3 ans et demi.

III. — AMPUTATION ABDOMINO-PERINEALE AVEC COLPOHYSTECTOMIE.

OBSERVATION N° 19. — M^{me} P..., 49 ans, présente un néo du rectum à 7 cm.

Intervention 29-3-1952 (Professeur Bertrand). Amputation abdomino-transanale.

Suites troublées par une occlusion du grêle qui nécessite une laparotomie de libération d'une anse adhérente au péritoine pariétal antérieur, puis installation d'une fistule rectovaginale qui persiste.

Intervention 13-1-1953 (Professeur Bertrand). Amputation abdomino-périnéale avec hystérectomie monobloc et résection de la paroi vaginale postérieure. La récurrence est certaine.

Suites simples.

Revue en août 1963, porteuse d'une récurrence périnéale qui entraîne le décès deux mois plus tard.

OBSERVATION N° 20. — M^{me} P..., 69 ans. Cancer du haut rectum évoluant depuis 1 an.

Intervention 5-12-1952 (Professeur Bertrand). Amputation abdomino-périnéale enlevant en bloc rectum et utérus à la façon de Goullioud.

Suites troublées au 6^e jour par l'apparition d'une toxémie avec déshydratation qui entraîne le décès.

OBSERVATION N° 21. — M^{me} G..., 59 ans, présente un gros cancer de l'ampoule évoluant depuis 1 an.

Intervention 27-9-1952 (Professeur Bertrand). Amputation abdomino-périnéale en bloc de l'utérus, du rectum et de la paroi postérieure du vagin.

Suites simples.

Malade actuellement en vie, guérie 12 ans après.

OBSERVATION N° 22. — M^{me} L..., 57 ans, présente depuis 3 mois un cancer de l'ampoule rectale envahissant la cloison rectovaginale et le cul-de-sac postérieur du vagin.

Intervention 12-1-1964 (Docteur Pouyet). Amputation abdomino-périnéale monobloc du rectum, de l'utérus et de la paroi postérieure du vagin.

Suites simples. Pas de recul.

OBSERVATION N° 23. — M^{me} R..., 54 ans, présente un petit néo du rectum sous-péritonéal, à 7 cm.

Intervention 30-7-1960 (Docteur Pouyet). Rectosigmoïdectomie poussée très bas, dépassant la tumeur de 4 cm. Caecostomie.

Suites simples.

Vue en juin 1961, 13 mois après, pour une récurrence locale de la ligne de suture.

Intervention 2-6-1961 (Docteur Pouyet). Blocage pelvien total où l'on arrive néanmoins à disséquer les deux uretères. Amputation abdomino-périnéale avec hystérectomie en bloc. Toute péritonisation est impossible. Exclusion par 3 mèches + 3 mèches périnéales.

Suites simples.

Décès en novembre 1962, 17 mois plus tard, dans un tableau de carcinose pelvienne.

OBSERVATION N° 24. — M^{me} M..., 45 ans, présente un néo de l'ampoule rectale envahissant le vagin sur toute sa hauteur.

Intervention 11-9-1956 (Professeur Bertrand). Amputation abdomino-périnéale avec hystérectomie de nécessité et colpectomie postérieure.

Suites simples.

Revue 8 mois plus tard avec métastase fémorale droite.

Décès 1 an après l'intervention.

OBSERVATION N° 25. — M^{me} G..., 59 ans, présente depuis 2 mois un énorme cancer de l'ampoule rectale envahissant la cloison rectovaginale.

Intervention 23-11-1962 (Professeur Bertrand). Amputation abdomino-périnéale avec hystérectomie monobloc.

Suites perturbées par une embolie pulmonaire entraînant le décès au 6^e jour.

OBSERVATION N° 26. — M^{me} D..., 64 ans, présente depuis 1 an un gros cancer de l'ampoule rectale.

Intervention 25-1-1963 (Professeur Bertrand). Amputation abdomino-périnéale emmenant en bloc l'utérus et la paroi postérieure du vagin.

Suites simples. Pas de recul.

OBSERVATION N° 27. — M^{me} B..., 54 ans, présente un cancer de l'ampoule rectale évoluant depuis 8 mois.

Intervention 9-9-1958 (Professeur Bertrand). Amputation abdomino-vagin.

Suites troublées par occlusion du grêle.

Réintervention 15-9-1958. Occlusion par incarceration d'anse dans la concavité sacrée, car la péritonisation a lâché.

Décès le 16-9-1958.

OBSERVATION N° 28. — M^{me} R..., 70 ans. Gros cancer de l'ampoule évoluant depuis 6 mois.

Intervention 20-11-56 (Professeur Bertrand). Amputation abdomino-périnéale monobloc du rectum, de l'utérus et de la paroi postérieure du vagin.

Suites simples.

Mais récive 10 mois après et décès.

IV. — AMPUTATION DU RECTUM AVEC COLPOHYSTERECTOMIE PAR VOIE PERINEALE PURE.

OBSERVATION N° 29. — M^{me} L..., 68 ans, présente un gros cancer du rectum envahissant la cloison sur toute sa hauteur.

Intervention 21-7-1944. Anus iliaque gauche.

Intervention 22-8-1944 (Professeur Bertrand). Amputation périnéale du rectum emmenant en bloc l'utérus et la paroi postérieure du vagin.

Décès le soir, de choc.

OBSERVATION N° 30. — M^{me} D..., 65 ans, présente un gros cancer du rectum évoluant depuis 8 mois.

Intervention 17-7-1951. Anus iliaque gauche.

Intervention 28-8-1951 (Professeur Bertrand). Amputation en bloc du rectum, de l'utérus et de la paroi postérieure du vagin par voie périnéale.

Décès au 14^e jour, d'urémie.

OBSERVATION N° 31. — M^{me} C..., 59 ans, présente un gros cancer de la partie basse de l'ampoule.

Intervention 29-5-1957. Anus iliaque gauche.

Intervention 11-6-1957 (Professeur Bertrand). Amputation périnéale, hystérectomie totale et ablation de la cloison rectovaginale.

Suites simples.

A survécu 18 mois.

OBSERVATION N° 32. — M^{me} K..., 70 ans, présente un gros cancer de l'ampoule.

Intervention 27-10-1959 (Professeur Bertrand). Anus iliaque gauche et amputation périnéale monobloc de l'utérus, de la paroi postérieure du vagin et du rectum.

Suites simples.

Malade non retrouvée.

V. — AMPUTATION PERINEALE DU RECTUM AVEC RESECTION DE LA CLOISON RECTOVAGINALE.

OBSERVATION N° 33. — M^{me} G..., 70 ans, présente un cancer du canal anal envahissant la cloison.

Intervention 7-6-1950 (Professeur Bertrand). Amputation périnéale avec résection de la cloison. Anus iliaque gauche.

Décès le 4^e jour, après coma.

OBSERVATION N° 34. — M^{me} V..., 66 ans, présente un cancer de l'anus envahissant la cloison.

Intervention 10-11-1950 (Professeur Bertrand). Anus iliaque gauche. Amputation périnéale du rectum avec résection de la cloison.

Décès le 2^e jour de ramollissement cérébral avec crises comitiales.

OBSERVATION N° 35. — M^{me} A..., 61 ans, présente un cancer anal étendu.

Intervention 28-10-1954. Anus iliaque gauche.

Intervention 18-11-1954 (Professeur Bertrand). Amputation périnéale avec ablation de la cloison rectovaginale.

Suites troublées par fistule urétérale droite obligeant à néphrectomie.

Décès 4 mois après l'intervention.

OBSERVATION N° 36. — M^{me} P..., 75 ans, présente un gros néo anorectal.

Intervention 27-9-1955. Anus iliaque gauche.

Intervention 11-10-1955 (Docteur Francillon). Amputation périnéale avec résection de la cloison.

Suites simples.

A survécu 3 ans et 4 mois.

OBSERVATION N° 37. — M^{me} R..., 76 ans, présente un gros cancer de la paroi basse de l'ampoule.

Intervention 14-5-1958 (Docteur Gabrielle). Anus iliaque gauche. Amputation périnéale avec résection de la cloison rectovaginale.

Suites simples.

A survécu 2 ans et demi.

OBSERVATION N° 38. — M^{me} C..., 74 ans, présente un énorme cancer du canal anal.

Intervention 24-4-1957. Anus iliaque gauche.

Intervention 4-6-1957 (Docteur Saubier). Amputation du rectum avec résection de la cloison rectovaginale.

Suites simples.

Reste actuellement guérie, 7 ans après.

OBSERVATION N° 39. — M^{me} G..., 69 ans, présente un cancer bas de l'ampoule envahissant la cloison.

Intervention 29-1-1957. Anus iliaque gauche.

Intervention 13-2-1957 (Professeur Bertrand). Amputation périnéale réséquant la paroi postérieure du vagin.

Suites simples.

Apparition 2 mois après d'adénopathies inguinales bilatérales qui conduisent à un curage bilatéral.

Décès 6 mois après l'intervention d'exérèse.

OBSERVATION N° 40. — M^{me} R... Cancer du canal anal, opéré après échec de la radiothérapie de contact.

Intervention 8-12-1959 (Professeur Bertrand). Amputation périnéale du rectum avec résection de la cloison.

Suites simples. Malade non retrouvée.

OBSERVATION N° 41. — M^{me} R... présente un cancer bas de l'ampoule.
Intervention 8-9-1959 (Professeur Bertrand). Amputation périnéale avec résection de la paroi postérieure du vagin.

Suites simples.

Malade non retrouvée.

OBSERVATION N° 42. — M^{me} V..., 56 ans, présente un cancer étendu du canal anal.

Intervention 25-9-1959 (Professeur Bertrand). Amputation périnéale emmenant la cloison rectovaginale.

Suites simples.

A survécu 18 mois.

OBSERVATION N° 43. — M^{me} G..., 59 ans, présente un cancer du canal anal envahissant la cloison.

Intervention 16-6-1963 (Docteur Pouyet). Amputation périnéale avec résection de la cloison rectovaginale.

Suites simples.

Recul insuffisant.

OBSERVATION N° 44. — M^{me} R..., 66 ans, présente un cancer bas de l'ampoule évoluant depuis 18 mois.

Intervention 20-2-1943 (Professeur Bertrand). Amputation périnéale avec résection de la cloison.

Suites simples.

A survécu 6 mois.

OBSERVATION N° 45. — M^{lle} M..., 72 ans, présente un cancer du canal anal envahissant la cloison.

Intervention 30-4-1953. Anus iliaque gauche.

Intervention 13-12-1953 (Professeur Bertrand). Amputation périnéale avec ablation de la cloison.

Suites simples.

A survécu 6 mois.

BIBLIOGRAPHIE

Suivant le plan de cette thèse, nous la diviserons en deux chapitres : l'un sur l'extension directe du cancer rectal à l'appareil génital, l'autre sur les métastases ovariennes.

I. — EXTENSION DIRECTE.

Nous ne citerons que les articles directement consacrés à la question.

1. CHARRIER, BARRAYA. — Amputation abdomino-périnéale avec hystéro-colpextomie dans le cancer du rectum. *J. de Ch.*, 1939, 53, p. 322.
2. CUNÉO (B.), BLOCH (S.) Amputation du rectum chez la femme. *J. de Ch.*, 1926, t. 27, p. 529.
3. D'ALLAINES (Fr.). — Ablation en un temps du rectum et de l'utérus. *J. de Ch.*, 1943, t. 59, p. 1.
4. DUCUING, GRIMOUD. — L'opérabilité et les opérations élargies dans le cancer du rectum chez la femme. *R. de Ch.*, 1938, p. 423.
5. GOULLIoud. — Communication à la Société de Chirurgie de Paris, 1925, p. 1.011.

II. — OVAIRES ET CANCER DU GROS INTESTIN.

La bibliographie antérieure à 1958 est comprise dans la remarquable thèse de G. HIDDEN, Paris, 1958 : « Contribution à l'étude des métastases ovariennes des épithéliomas digestifs ».

Nous nous bornerons à citer les références antérieures auxquelles nous nous sommes reporté et les articles plus récents que nous avons pu consulter.

6. ALPERINE. — *Thèse*, Paris, 1939. Etude des métastases ovariennes au cours des épithéliomas du tube digestif.

7. BACON (H.), TAVERNIER (M.). — Tumeurs multiples primitives malignes sur le côlon et le rectum. *Am. J. of Surgery*, 1952, t. 83, p. 55.
 8. BACON (H.). — Cancer du rectum et du côlon. *Surgery*, 1957, t. 41, p. 387.
 9. BOBBER (W.), POLLACK (A.), GERTSMANN (L.). — Tumeur de K. avec activité androgénique et progestation. *Am. J. of Obst. Gyn.*, 1962, t. 84, p. 739.
 10. BOURG (B.), COFFE (J.), PITON (R.). — Un cas de métastase ovarienne d'un adénocancer du sigmoïde. *Gynéco. Obst.*, 1951, p. 194.
 11. BURT. — Ovariectomie prophylactique avec résection du gros intestin pour cancer. *Am. J. of Surg.*, 1951, t. 82, p. 571.
 12. DELANNOY (M.), VERHAEGHE (E.), GAUTHIER (P.). — Syndrome de Krukenberg *Rev. Fr. de Gynéco. Obst.*, 1951, t. 41, p. 57.
 13. DESJACQUES (R.). — Tumeurs de l'ovaire. *Lyon Ch.*, 1948, p. 559.
 14. GAUTHIER-VILLARS (P.). — *Thèse*, Paris, 1927. Contribution à l'étude des métastases ovariennes des épithéliomas digestifs.
 15. JOHANSON (H.). — Aspects cliniques de métastases ovariennes des cancers extragénitaux. *Acta Obst. Gyn. Scand.*, 1960, t. 39, p. 681.
 16. JOYEUX. — Le problème des cancers primitifs multiples, l'association cancer du côlon gauche-cancer de l'ovaire. *P. M.* 30-11-1949, p. 1.105.
 17. JOYEUX. — Considérations sur l'association cancer du côlon gauche-cancer de l'ovaire. *P.M.*, 25-7-1957, p. 452.
 18. LEROUX, BERGERET, KERNEIS. — *Bull. de la Société Anatomique de Paris*, 1947, n° 3.
 19. LINARD (D.). — Tumeur de Krukenberg. *J. de Ch.*, 1946, t. 62, p. 15.
 20. MAYO (Ch.), SCHLINCKE. — Cancers rectocoliques. Etude des métastases et récidives. 560, 1942, t. 74, p. 83.
 21. ROUSSELIN. — *Thèse*, Lyon, 1930. A propos des métastases ovariennes du cancer de l'estomac.
 22. SANTY (P.), ROUSSELIN, MATHIEU. — Un cas de tumeur de Krukenberg. *L. C.*, 1938, t. 3, p. 463.
-

TABLE DES MATIERES

Introduction	15
Bases anatomiques	17
Les techniques opératoires	19
Les Indications	27
Les résultats immédiats	31
Les Complications	35
Les résultats éloignés	37
Ovaires et cancer du rectum	41
Conclusions	49
Observations	51
Bibliographie	61

Imprimerie GRENIER & FILS
215, Avenue Charles de Gaulle
TASSIN - LA - DEMI - LUNE
(Rhône)
